

МЕТОДИКА ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ «СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ (ГЕСТОЗА)» В УСЛОВИЯХ «ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ»

Пищенко Ю. А.

*ОУ «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Многообразие воздействий, количество применяемых препаратов различной направленности при гестозах приобретают на современном этапе лавинообразный характер. Вместе с тем, взаимодействие лекарственных препаратов друг с другом, а так же взаимное влияние не только на организм плода и новорождённого, но и на материнский не изучено.

Кроме того, в последнее время резко возросло внимание к методам экономической оценки эффективности медицинских технологий и схем лекарственной терапии. В условиях, когда здравоохранение республики финансируется по остаточному принципу, нет необходимости специально доказывать особую важность критерия “стоимость лечения”.

Выделяют три типа фармакоэкономических исследований: стратегические, локальные (местные), пилотные (инициативные).

К стратегическим исследованиям относится анализ фармакологических вмешательств таких социально значимых заболеваний, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, покрываемых бюджетным финансированием. Основой стратегических фармакоэкономических исследований должны стать результаты крупных многоцентровых исследований или мета-анализов, лежащих в доктрине доказательной медицины. Следует отметить, что такие заключения нередко далеки от реальной клинической практики. Устранить этот разрыв должно активное внедрение национальных руководств и стандартов диагностики и лечения.

Локальные фармакоэкономические исследования определяются спецификой заболеваемости и особенностями финансирования отдельных регионов, а результаты их должны иметь региональный (областной, окружной, городской, районный, лечебно-профилактических учреждений) уровень внедрения фармакоэкономических решений. Основой таких исследований могут стать локальные фармакоэкономические исследования.

К пилотным фармакоэкономическим исследованиям следует отнести исследования, связанные с применением новых лекарственных препаратов или схем фармакотерапии.

Для начальной оценки степени затратности гестоза для бюджета здравоохранения необходимы расчеты стоимости болезни. Стоимость болезни является чисто описательным методом фармакоэкономического анализа. В стоимость болезни включают все расходы на лечение больного без учета результатов лечения.

При проведении оценки стоимости болезни используют следующие виды затрат:

1. Прямые медицинские затраты – это затраты непосредственно на лечение: стоимость госпитализации, оказания помощи пациентам на дому, расходы на лекарственные средства и оборудование, если такое применяется непосредственно при лечении.

2. Прямые немедицинские затраты (накладные расходы) – это затраты, необходимые для получения пациентом медицинского обслуживания: стоимость оплаты транспортировки больного, питание, цена лабораторных и инструментальных исследований, амортизация автотранспорта, зданий лечебных учреждений, оплата обслуживающему персоналу.

3. Непрямые (косвенные) затраты — это расходы, связанные с утратой трудоспособности пациентом или людей, ухаживающих за

ним, стоимость медикаментов для устранения побочных эффектов, возникших в результате применения «основных» лекарственных средств, потерю рабочих дней предприятием вследствие нетрудоспособности работника, оплату больничного листа, потерю или снижение доходов работника в период.

4. Нематериальные затраты отражают субъективно воспринимаемые пациентом стороны лечения, влияющие на его качество жизни. Под качеством жизни (КЖ) понимают физические, социальные и эмоциональные стороны самочувствия больного, а также его физические, психологические, когнитивные и сексуальные способности.

Только «сбрав воедино» все виды затрат, можно делать окончательные выводы о реальной стоимости лечения и эффективности затраченных средств.

Информационным материалом для проводимых исследований послужила первичная медицинская документация:

1. История родов – ф. 0.96/у;
2. Статистическая карта вышедшего из стационара – ф. 0.66/у;
3. Годовые отчёты заведующих отделений патологии беременных, наблюдательного и физиологического родильных отделений, отделения новорождённых.
4. Лист назначений стационарного больного.
5. История развития новорождённого - ф. 0,97/у.
6. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы – ф. 113/у.

Критериями включения пациенток в исследование являлись: 1) наличие гестоза лёгкой и средней степени тяжести; 2) стационарное лечение с диагнозом ЕРН – гестоз в отделении патологии беременных и наблюдательном отделении за период с 01.01.2003 по 31.12.2003 г; 3) длительность стационарного лечения до выписки из стационара или до родоразрешения 7 и более дней для пациенток с лёгкой степенью тяжести гестоза и 1 сутки для беременных со средней степенью тяжести гестоза.

Требование к длительности госпитализации было обусловлено тем, что данное исследование являлось первым этапом фармакоэкономического исследования, следующей задачей которого была оценка эффективности лекарственной терапии гестоза.

Критерии исключения из исследования: 1) наличие гестоза тяжёлой степени;

2) длительность госпитализации менее 7 дней для гестоза лёгкой степени тяжести и менее 1 суток для гестоза средней степени; 3) отсутствие какого-либо из вышеперечисленных документов.

Для выполнения поставленной цели были разработаны анкеты, в которых отражали: возраст, место работы и профессию, семейное положение, длительность госпитализации, клинические проявления гестоза на момент начала госпитализации и при выписке из стационара или перед родоразрешением, наличие повторной госпитализации по поводу гестоза за время беременности, наличие сопутствующей экстрагенитальной и акушерской патологии, паритет родов; для родильниц отмечали длительность родов, осложнения в родах и в послеродовом периоде, наличие оперативных вмешательств в родах и в послеродовом периоде, массу новорождённого, оценку по шкале Апгар, заболевания новорождённого. Оценка тяжести гестоза проводилась в баллах по шкале Goecke в модификации Г.М. Савельевой.